FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N° 231

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Max EILBAUM

Né à Cracovie (Pologne), le 13 mars 1903

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ALBUMINURIE

CHEZ LA FEMME ENCEINTE

d'après les Observations recueillies dans la Maternité de l'Hôpital Boucicaut, l'année 1927
(Service de M. le Docteur Le Lorier)

Président : M. COUVELAIRE, *professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Max EILBAUM

Né à Cracovie (Pologne), le 13 mars 1903

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ALBUMINURIE

CHEZ LA FEMME ENCEINTE

d'après les Observations recueillies dans la Maternité de l'Hôpital Boucicaut, l'année 1927
(Service de M. le Docteur Le Lorier)

Président : M. COUVELAIRE, *professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—

1928

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	N...
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.
Clinique de la tuberculose	L. BERNARD.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiatrie.
ABRAMI . . .	Pathologie medicale.
AUBERTIN. .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN. .	Pathologie médicale
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ. . . .	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ. . . .	Pathologie médicale.
CADENAT . .	Pathologie chirurgicale.
CHABROL . .	Pathologie médicale.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLERC. . . .	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON. . .	Physique.
DONZELOT . .	Pathologie médicale.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ÉCALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER .	Pathologie médicale.
GARNIER . .	Pathologie expérimentale
GATELLIER .	Pathologie chirurgicale.
HARVIER. . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE .	Anatomie.

MM.	
HUTINEL. . .	Pathologie médicale.
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX. . .	Anatomie pathologique.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU. . .	Pathologie chirurgicale
METZGER . .	Obstétrique.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
QUÉNU. . . .	Pathologie chirurgicale
RICHET Fils. .	Physiologie.
SÉZARY . . .	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique
VELTER. . . .	Ophtalmologie.
VERNE. . . .	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
BUSQUET.	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE. .	Parasitologie.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.
TANON. . . .	Pathologie médicale
ZIMMERN	Physique.

IV.— AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ALGLAVE . .	Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.
GOUGEROT. .	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.
LE LORIER. .	Clinique obstétricale.

MM.	
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile
LERI.	Clinique médicale.
MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale
PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à eurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

En témoignage de ma profonde affection filiale.

A MA SŒUR

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale
Accoucheur de la Maternité Baudelocque
Officier de la Légion d'honneur

Avec l'expression de notre profonde reconnaissance pour le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A Monsieur LE LORIER

Professeur agrégé à la Faculté de Paris
Accoucheur à la Maternité de l'hôpital Boucicaut

Qui nous a accueilli si aimablement à Paris, qui a été notre maître en matière d'obstétrique, qu'il veuille bien accepter tous nos plus sincères remerciements pour les observations qu'il nous a fournies et par ses précieux conseils qu'il nous a prodigués dans la rédaction de cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'ALBUMINURIE

CHEZ LA FEMME ENCEINTE

HISTORIQUE

L'histoire de l'albuminurie chez la femme enceinte est assez ancienne. C'est Blackall, qui, en 1818, a signalé la présence de l'albumine dans les urines de femmes enceintes. Mais c'est Rayer qui, en 1840, après les travaux de Bright et son école (1827) a approfondi cette question, qui le premier a distingué son importance et souligné son autonomie, qui a montré les erreurs de diagnostic commises avec la pyélonéphrite, néphrite, etc.

En 1849, Blot a remarqué que l'albumine disparaît après l'accouchement.

Enfin, en 1875, Tarnier s'inspirant en partie des travaux de Jaccoud institue son traitement de l'albuminurie désormais classique.

Les années qui suivent voient apparaître de très nombreux travaux cliniques sur l'albuminurie mais bientôt et jusqu'à nos jours ils cèdent le pas aux recherches expérimentales de Bouchard et de ses élèves On élargit

les cadres de l'albuminurie, on lui substitue la notion de la toxémie gravidique professée par Bar et Pinard et leurs élèves et admise après par l'école américaine et allemande.

DIVISION DE L'OUVRAGE

Nous diviserons notre étude en trois parties 1° albuminurie de la gestation 2° du travail 3°; des suites de couches. Evidemment c'est la première qui est la plus importante. Et disons de suite que nous approfondirons surtout l'étude de l'albuminurie gravidique.

1° ALBUMINURIE DE LA GESTATION

1°C'est d'abord une albuminurie transitoire. Cette albuminurie qui apparaît après une grande fatigue, un repas copieux est en quelque sorte une albuminurie physiologique, elle ne présente aucune gravité, elle disparaît très facilement et rapidement, sans aucun traitement.

2° On trouve quelquefois l'albuminurie par néphrite concomitante causée par les facteurs habituels, scarlatine, froid, troubles circulatoires d'origine cardiorénale, etc.

Cette albumine ne présente aucun intérêt.

3° Une brightique avérée peut devenir enceinte. Mais les faits sont rares. Plus fréquente est la grossesse chez la femme dont les reins ont été touchés par une maladie infectieuse ou par une grossesse antérieure ou par

artérioclérose. L'albuminurie surviendra alors assez intense.

La grossesse fait sentir ici au maximum son influence nocive et à partir de cette grossesse les femmes peuvent devenir des brightiques avérées.

4° La plus fréquente est l'albuminurie gravidique.

Etiologie.

L'albuminurie est plus fréquente dans les derniers mois et cette fréquence s'accentue à l'approche du terme. Dans nos observations nous la voyons apparaître le plus souvent dans le septième, huitième et surtout dans le neuvième mois.

On incrimine souvent le froid. François, qui a vu à Marseille une série très forte d'albuminuriques en 1897 (32 sur 154 accouchements), expliquait le fait par un froid humide qui sévissait à Marseille l'hiver de cette année-là.

On souligne l'importance de l'hydramnios de la grossesse gémellaire.

Baudrillart note sur 112 cas 6 grossesses gémellaires ; Démelin sur 94 cas 4 grossesses gémellaires ; Ballaire sur 243 cas 6 grossesses gémellaires. Nous avons noté une fois (obs. M. 1335) une grossesse trigémellaire.

L'albuminurie est plus fréquente chez les primipares que chez les multipares, et encore plus chez les primipares âgées.

Blot la trouve chez 99 primipares dans 1/3 des cas (33 %) ; chez 100 multipares, dans 1/10 des cas (10 %).

Valette, primipares, 20 % ; multipares, 9 %.

Saft, primipares, 5,9 % ; multipares, 4,1 %.

Little, primipares, 51,2 % ; multipares, 45,5 %.

Mayer, primipares, 5,9 % ; multipares, 4,9 %.

Petit, sur 52 primipares, trouve 13 cas (25 %) ; sur 60 multipares, trouve 13 cas (21,6 %).

Duboz, sur 630 albuminuriques, trouve 379 primipares (60 %).

Ballaire, sur 249 cas, trouve 139 primipares (56 %) ; 110 multipares (44 %).

Demelin, sur 94 cas, trouve 56 primipares (60 %) ; 38 multipares (40 %) ;

Job, trouve sur 92 cas, 61 primipares (66,5 %) ; 31 multipares (33,5 %).

Géant, sur 74 cas, trouve 40 primipares (54 %) ; 34 multipares (46 %).

Trautenroth, 45 % pour primipares, 46 % pour multipares.

Sur notre chiffre total de 119 cas, nous trouvons l'albuminurie chez 66 primipares ; 21 2-pares ; 32 multipares ; alors primipares 55,6 % multipares 44,5 %, primipares et secondipares 81,5 %.

En même temps le pourcentage des primipares a été de 47,7 %, des multipares 52,3 %, de toutes les femmes.

Tous les auteurs s'accordent pour l'importance de la primiparité.

Mais les chiffres varient beaucoup. Chez Petit la différence est insignifiante, chez Job elle est presque 50 %, les autres auteurs ayant des chiffres intermédiaires.

Les auteurs qui emploient des procédés plus sensibles (Little, Trautenroth) trouvent des différences moins grandes. Notre rapport est 66 sur 53, alors prépondérance certaine qui est très apparente si nous prenons le chiffre des primipares et des secondipares, c'est-à-dire 87 cas contre 32. Le fait est important pour la théorie de l'auto-intoxication.

Quelques auteurs soulignent qu'on trouve souvent dans les antécédents des femmes albuminuriques des maladies infectieuses comme fièvre typhoïde, scarlatine, érysipèle. Pinard n'est pas du même avis. Il affirme que ces femmes ne sont pas plus exposées que les autres. Nous avons noté dans les antécédents 30 fois la rougeole, 8 fois la scarlatine, 6 fois la grippe de 1918, 3 fois la diphtérie, 6 fois la coqueluche, 5 fois le rhumatisme articulaire aigu, 4 oreillons, une fois la fièvre typhoïde, la méningite, la variole. Nous n'osons pas tirer des conclusions de cette statistique, cependant nous soulignons la fréquence de la grippe de 1918.

Est-ce que l'albuminurie gravidique est fréquente ?

Nous avons des chiffres qui varient dans les limites extrêmes. Ces variations ne sont pas très difficiles à expliquer. Les anciens auteurs donnaient les statistiques d'albuminurie du travail en même temps que celle de l'albuminurie de la grossesse. Mais le fait est bien connu, la première est de beaucoup la plus fréquente. Encore les urines étaient souvent examinées sans précautions, sans le cathétérisme, on confondait aussi l'albuminurie gravidique avec la pyélonéphrite, etc.

Tout de même, chez les auteurs qui ont su éliminer ces causes d'erreur les chiffres varient beaucoup. Il faut expliquer le fait par la différence des procédés cliniques plus ou moins sensibles employés pour l'examen des urines. Nous avons employé le procédé de Tanret.

Negri sur 63 femmes trouve 3 albuminuriques (4,7 %).

Hyppolite sur 165 femmes trouve 32 albuminuriques (19,4 %).

Cassin, 6,45 % ; Doléris et Pouey, 5 % ; Henry à Boucicaut, 1924, 3,3 %.

Ballaire, 4,7 % ; Baudrillart, 4 % ; Géant, 4,65 % ; Démelin, 4,7 % ; Job, 5,2 % (Baudelocque); mais il y a un pourcentage de l'albuminurie du travail.

Brindeau (chiffre de la Clin. Tarnier), 3-4 % ; Lepage considère 5 % comme un chiffre un peu fort ; Blot trouve 20 % ; Petit, 20 % ; Abeille, 10 % ; Bumm (en 1912), 15 % ; Valette, 7,5 % ; Duboz (Tarnier, 1898-1908, 14 3 % ; Mayer, 4,7 % ; Scanzoni, 7,2 % ; Br. Hicks, 1 % ; Fehling, 5,9 % ; Meyer, 5,4 % ; Elliot, 52 % ; Saft, 5,4 % ; Flaischlen 2,6 % ; Ingerslew 4,8 ; Mynloff 7,1 % ; Downs, Moulden, 15 % (dans la clientèle).

Au contraire, Behm trouve albuminurie toujours, Barker très souvent, Jaeger dans 70 % ; Litzmann, 20,3 % ; Trantenroth, 45,5 % ; Little, 48,8 % ; Siedeberg, 25,6 %.

Nous-même nous avons fait la statistique à l'hôpital Boucicaut pour l'année 1927. Nous avons trouvé 119 albuminuriques sur 2.617 femmes qui ont accouché dans cette Maternité. Nous divisons ces cas en trois parties : 1° albuminurie de la gestation, 62 cas ; 2° albuminurie

du travail,55 cas ; 3° albuminurie des suites de couches, 2 cas. Mais dans le cadre de l'albuminurie du travail, nous avons groupé des cas différents. La fréquence de l'albuminurie est grande. Nous avons retenu seulement les cas qui avaient une albuminurie prononcée. Nous y avons rejeté aussi toutes les albuminuries des femmes qui n'ont jamais consulté et qui sont venues accoucher quoique souvent il y eut lieu de penser à une albuminurie de la gestation.

Nous trouvons ainsi le chiffre total 4,57 %, pour l'albuminurie de la gestation, 2,37 % seulement.

Qu'on nous permette de tirer quelques conclusions de toutes ces statistiques. La solution du problème est importante. On doit savoir est-ce que l'albuminurie est fréquente ou non. Nous voyons des chiffres très élevés chez les classiques et surtout chez les auteurs modernes. Nous savons pourquoi. Les classiques confondaient l'albuminurie gravidique avec toutes les autres, avec des pyélonéphrites, donnaient des statistiques de l'albuminurie du travail ensemble. Les auteurs modernes emploient des techniques spéciales, très sensibles et arrivent à trouver l'albumine chez toutes les femmes enceintes. Le fait ne doit pas nous étonner étant donné qu'on peut trouver l'albumine dans chaque urine normale pourvu qu'on emploie des méthodes extrêmement sensibles.

Au point de vue théorique, il est évidemment intéressant de trouver souvent l'albuminurie. Mais nous devons considérer cette question aussi au point de vue pratique. Et on comprend bien qu'on ne puisse pas mettre la

moitié des femmes enceintes au régime parce qu'elles présentent des traces d'albumine. En pratique on prend 0,20 à peu près comme la zone d'alarme. Si on dispose de laboratoire, on peut alors prescrire le traitement aux albuminuriques enceintes d'une façon assez précise. Mais à la campagne, quoique cela puisse paraître paradoxal, que nous défendions des procédés un peu grossiers, nous croyons que le praticien puisse se contenter des procédés habituels avec des bons effets pour ses malades.

Pathogénie

Nous résumerons brièvement la question de pathogénie, notre étude étant principalement clinique. Il y a des théories nombreuses, dont aucune n'explique tout d'une façon parfaite.

1° *Théorie dyscrasique.* — Gubler se basant sur les recherches de Cl. Bernard, parlait d'une hyperalbuminose : « la mère fabrique trop ou le fœtus ne consomme pas assez ». On expliquait l'albuminurie par l'excès de l'acide carbonique dans le sang ou par les modifications du sang (hydrémie, augmentation des substances salines) ;

2° *Théorie de l'excès de la tension vasculaire.* — La masse du sang augmentée, la « pléthore séreuse » cause l'augmentation de la tension sanguine avec, comme suites, la mauvaise filtration. On ajoutait la compression des veines, des uretères, par l'utérus ;

3° *Les lésions rénales*, par la congestion ou par la néphrite gravidique devaient provoquer l'apparition de l'albumine dans les urines ;

4° *Théorie de l'auto-intoxication.* — Nous sommes obligés de nous étendre un peu sur cette question.

S'inspirant des travaux de Bouchard, Rivière, maints auteurs français ont étendu leurs théories en obstétrique les modifiant et accommodant au nouveau terrain.

Bouffe de Saint Blaise, Pinard et son école, Bar, Fieux Mauriac fondent la théorie de l'auto-intoxication. Sous leur influence on unit force de symptômes avant disparates. On détrone l'albuminurie de sa place, on ne lui attribue plus les symptômes comme céphalée, œdèmes, etc., et qui autrefois étaient considérés comme ses complications, on les explique par la toxémie gravidique.

« Tout processus humoral lié à la gestation est une toxémie. » On étudie aussi l'éclampsie, et on crée des points de vue généraux.

La question n'est pas résolue. Cependant les dernières recherches ont bien éclairci le problème.

On a rejeté : 1° la théorie rénale ; 2° de beaucoup plus fréquentes sont les lésions du foie et ses troubles (Bar et son école) ; 3° la théorie alimentaire est rejetée ; 4° mais la théorie sanguine mécanique a trouvé son défenseur au Zangenmeister qui explique l'éclampsie par l'œdème cérébral, causé par le barrage capillaire ; 5° on n'insiste pas sur la théorie de la toxicité des dérivés d'albumine dans le sang ; 6° les glandes endocrines éclairent aussi le problème, mais pas d'une façon décisive ; 7° on s'occupe le plus de la théorie placentaire, ovulaire (Czempin, Schmorl, Veit, Abderhalden Hoffbaner, Schoenfeld, Freund, Lévy Solal-Frank, Brindeau-

Nattanlarrier, Ecalle). La toxémie selon les uns est causée par les toxines jusqu'ici inconnues provenant de la rupture de la synergie des glandes endocrines, causée elle-même par la sécrétion interne du placenta (et de l'œuf).

Les autres incriminent les albumines étrangères qui s'introduisent dans le sang maternel soit par les embolies faites par les hématies fœtales (Mac Quarrie) soit par prolifération et éclatement du syncytium (Freund, Ascoli, Weichhauser). Ensuite on explique les symptômes de toxémie par les toxines agissant dans un milieu sensibilisé. Mais il est difficile de démontrer, que l'organisme maternel est immunisé ou sensibilisé vis-à-vis des albumines placentaires. Les autres auteurs croient que c'est un choc colloïdoclasique du à la pénétration brutale de l'excès d'albumine, ce qui pourrait bien expliquer seulement les crises d'éclampsie.

Quelle est la place de l'albuminurie dans ces considérations pathogéniques ?

Nous mentionnerons seulement le schéma de Seitz (1927). Il divise la toxémie en trois syndromes : 1° les végétoses gravidiques, c'est-à-dire les pertubations du système neuro-végétatif ; 2° les atteintes des organes, par ex. : du foie, de la peau ; 3° les œdèmes et l'éclampsie et ici il classe albuminurie. Selon lui les reins gravidiques laissent passer plus facilement l'albumine, ils ne peuvent plus concentrer les urines comme normalement (la densité des urines est 1020 au lieu de 1028-1030).

Comme on voit, on laisse à l'albuminurie, qui englobait autrefois plusieurs symptômes importants, une

place tout à fait secondaire, dépendant des modifications du sang, etc. Nous verrons après son importance clinique.

Symptomatologie et évolution.

Le seul symptôme c'est la présence de l'albumine dans les urines. Les classiques décrivaient toute une symptomatologie relevant de l'albuminurie. C'était le gonflement malléolaire, bouffissure du visage, œdème des parties génitales, des gangrènes, aussi des céphalalgies, insomnie, troubles de la vision, hypertension artérielle, dyspnée, toux, hydrothorax, œdème pulmonaire, ascite. Nous avons dit plus haut que ce sont seulement des signes concomitants, qui peuvent précéder aussi ou succéder à l'albuminurie gravidique. Les états pathogéniquement divers sont souvent liés dans la clinique et c'est pourquoi nous sacrifions quelques chapitres à leur étude en rapport avec notre sujet principal.

Nous avons dit déjà que la fréquence de l'albuminurie augmente dans les derniers mois de la grossesse. Le fait ressort bien des statistiques de la clinique Baudelocque.

1° Baudrillart, 107 cas :

19 cas, date incertaine de l'apparition de l'albumine.
7 — apparition 5-6 mois.
13 — — au cours du 7e mois.
28 — — — 8e —
42 — — — 9e —

2° Ballaire, 217 cas.

73 cas, date incertaine.
31 — apparition 5-6 mois
20 — — 7 —
15 — — 8 —
72 — — 9 —

3° Demelin, 86 cas.

9 cas, apparition 5-6 mois
6 — — 7 —
19 — — 8 —
49 — — 9 —

Quant à la quantité de l'albumine on peut un peu schématiquement distinguer une albuminurie : 1° très légère ; 2° nette ; 3° forte ; 4° massive (Le Lorier).

On trouve plutôt rarement des chiffres élevés. Ils progressent à l'approche du terme, à moins que la femme ne soit traitée et s'accentuent pendant le travail.

Albuminurie du travail.

Mais il y a aussi une albuminurie du travail autonome en quelque sorte, apparaissant même s'il n'y a pas eu d'albuminurie de la gestation.

L'albuminurie du travail est plus fréquente, mais présente aussi un moindre intérêt clinique. Elle est plus fréquente chez les primipares. mais aussi quand le travail est plus long, les contractions plus fortes, alors surtout chez les femmes avec des bassins rétrécis, avec

des parties molles résistantes, avec un gros fœtus.

Négri l'a trouvée dans 35 %, Martin dans 47 %, Ingerslev dans 33 %, Litzmann 44 %, Petit, 15 %, Mayer dans 50 %, Meyer dans 25 %, Moricke, 37 %, Flaischlen, 17 %, Lantos dans 50-60 %, Saft dans 38 %.

Trantenroth la trouve dans 78 %, Zangenmeister aussi, Jaegerross, Pajikull, toujours.

Nous voyons des grands écarts qu'il faut expliquer d'une façon semblable à ceux de l'albuminurie de la gestation.

Saft trouve l'albuminurie du travail chez 32,08 % des primipares, Little 66,3 %.

Saft trouve l'albuminurie du travail chez 22,6 % des multipares, Little 44,3 %.

Nous voyons ici aussi la prépondérance des primipares.

Quant à la quantité de l'albuminurie Perdriset sur 102 cas a trouvé l'albuminurie légère ou nette, 0,20-1 gr. dans 60 cas, plus qu'un gr. dans 33 cas.

Son pronostic est favorable, mais la femme est menacée par l'éclampsie.

Sur la marche de l'accouchement l'albuminurie du travail a peu d'influence, mais on doit craindre des hémorragies de la délivrance.

L'albuminurie des suites de couches.

L'albuminurie des suites de couches est fréquente. Little l'a trouvée chez 59,6 % des primipares, chez 52,6 % des multipares, Pajikul dans 32-38 %. Blot dans 10 %. Valette dans 16,6 %.

Habituellement, elle représente le déclin de l'albuminurie de la grossesse et du travail. Après Vinay elle disparaît dans 1-2 jours, Ribemont ne la retrouve plus après 7 jours, Lepage donne le chiffre de 15 jours pour l'albuminurie légère, mais affirme que l'albuminurie abondante disparaît rarement avant 4-5 semaines. Langenmeister l'a vue vingt fois sur cent dix jours après l'accouchement, Meyer dans 50 %, 4 jours après l'accouchement, dans 22 %, à la sortie des femmes de la maternité.

Ces chiffres différents s'expliquent par la diversité des méthodes employées pour la recherche de l'albumine.

Demaret a étudié l'influence de la mort et de rétention du fœtus sur l'albuminurie. Il trouve :

1° Albuminurie sans changement (Bright) ;

2° Albuminurie disparaît (1/4 des cas) ;

3° Persiste ou diminue, mais disparaît après l'expulsion du fœtus.

Quelquefois, l'albuminurie persiste ou même évolue en maladie de Bright. Tarnier l'a vue 15 mois après l'accouchement, Leudet 16, Galabin deux ans après. Rarement elle devient permanente.

Les femmes avec l'albuminurie persistante sont plus exposées que les autres aux complications comme pneumonie, gangrène, pleurésie, etc.

Nous étudierons maintenant : évolution, complications cliniques et quelques signes associés à l'albuminurie gravidique.

Bien fréquemment on trouve ensemble les œdèmes des maléoles surtout, mais aussi de la paroi abdominale,

des paupières, du visage, des parties génitales externes. Nous avons noté les cas un peu prononcés et nous avons trouvé 27 cas (22,8 %). (Obs. nos 285, 408,409, 586,669, 673, 818, 914, 1037, 1047, 1055, 1117, 1120, 1140,1286, 1328, 1335, 1563, 1652, 1678, 1864, 2009, 2351, 2485, 2492, 2517, 2665). Bien souvent l'œdème est associé à la céphalalgie.

Piry a trouvé 3 cas d'œdème persistant sur 182 malades, Henry 2 sur 59.

Géant a trouvé sur 74 cas, 50 cas avec œdème, céphalée.

Ballaire sur 249 cas, 56 œdèmes, 2 anasarques, 25 céphalées, 15 troubles oculaires.

Baudrillart sur 112 cas, 15 œdèmes, 1 anasarque, 20 céphalées.

Demelin sur 94 cas, 30 œdèmes.

Job sur 92 cas, 65 œdèmes ou céphalées.

Lejeune trouve 50 albuminuries seules, 10 albuminuries associées aux œdèmes, 21 avec les œdèmes et hypertension, sur le nombre de 188 observations.

Tension artérielle

Son étude est un chapitre important. Elle a été étudiée en rapport avec la grossesse par Ballantyne, Vinay, Vaquez et Nobécourt, Chirié, Bar, Wallich, Pinard, Le Lorier.

Mon maître M. Le Lorier a attiré l'attention sur l'importance qu'il y a à surveiller la tension artérielle pendant toute la durée de la gestation. Il considère cette sur-

veillance comme aussi importance que celle des urines. Toute femme dont la T. A. dépasse 14-8 (au Riva Rocchi) est menacée d'éclampsie. Elle a aussi un rôle considérable dans l'étiologie des hémorragies : Ahlstroem, qui a examiné 89 cas de décollement prématuré du placenta entraînant, outre l'albuminurie, 5 fois l'éclampsie et 18 fois les signes de toxémie prééclamptique, considère le décollement comme le résultat d'une auto-intoxication, mais il a retrouvé dans plusieurs cas cette hypertension manifeste sur laquelle Pinard, Couvelaire et leur école ont tant insisté et qui précède les symptômes de l'hémorragie interne.

Dans les cas normaux, la T. A. maxima ne dépasse pas 12 (Riva-Rocchi).

Dans les cas anormaux, plusieurs jours avant l'apparition de tout symptôme décelable la T. A. monte à 12,5-13-14. Quand elle est à 15, elle est accompagnée habituellement par les vertiges, céphalée et surtout albuminurie.

Nous comprenons maintenant l'importance des « petites hypertensions d'alarme » de Le Lorier. La tension artérielle précède souvent l'apparition de l'albumine. Elle permet d'instituer le traitement précoce, qui fera apparaître l'albumine tardivement et d'une façon beaucoup moins dangereuse. Voilà la répercussion heureuse sur la marche de la grossesse, sur le fœtus.

Le fait d'avoir dépisté la T. A. précocement a un rôle très important dans les cas, heureusement rares, de l'éclampsie, non précédée par l'apparition de l'albuminurie.

Est-ce que l'élévation de la tension artérielle est fréquente : Bruslen la croit constante dans les albuminuries gravidiques. Nous trouvons qu'il exagère peut-être les chiffres.

Ballaire sur 249 cas d'albuminurie en a trouvé 50 chez des hypertendues. Demelin 13 sur 94 albuminuriques (13, 8 %). Job 13 sur 94 (13,8 %), Baudrillart 46 sur 112 (41 %). Géant 25 sur 74 cas (38,8 %), Piry 26 sur 182 (14 %), Henry 9 sur 59 (15,2 %).

Nous l'avons notée dans 45 cas (37,7 %) obs. : 62, 79, 80, 502, 586, 591, 661, 669, 673, 780, 818, 914, 1030, 1037, 1047, 1117, 1198, 1328, 1331, 1398, 1405, 1463, 1517, 1548, 1563, 1567, 1602, 1630, 1652, 1678, 1792, 2009, 2110, 2287, 2308, 2309, 2336, 2341, 2351, 2360, 2485, 2492, 2533, 2611, 2665.

Mais dans 18 cas l'hypertension était prononcée surtout pendant le travail où on l'a constatée pour la première fois dans ce temps-là, la femme n'étant pas venue consulter avant.

Dans 11 cas nous avons trouvé (4,3 %) la T. A. élevée précédant largement tous les symptômes de la toxémie gravidique (obs. 669, 780, 1047, 1117, 1194, 1463, 1548, 1652, 2116, 2309, 2011).

Pendant la gestation on peut souvent voir un parallélisme entre l'albuminurie et la T. A. élevée (et la diurèse). Avant le travail on constate d'habitude une élévation de T. A. mais pendant le travail elle est normale (Bruslen). Après l'accouchement elle revient vite à la normale.

Pendant la grossesse Ballaire trouve les chiffres au

Pachon : 40 cas plus que 16 (Pachon), 10 plus que 20 Pachon. Baudrillart sur 46, 40 et 6, Géant sur 74 cas, 25 avec la T. A. plus que 17-18.

Nos chiffres sont inférieurs, mais ils sont pris au Riva-Rocchi.

Au-dessus de 14 nous avons trouvé 13 cas, au-dessus de 17, 6 cas seulement. Ces chiffres sont relatifs, la tension artérielle changeant pendant la grossesse et le travail, sous l'influence du régime, du traitement, etc. Nous avons donné les maxima pour chaque grossesse.

Quelle est l'influence de la mort du fœtus et de sa rétention ? 1° la T. A. peut descendre ; 2° elle reste élevée, mais l'albuminurie disparaît ; 3° l'albuminurie persiste, mais la T. A. descend ; 4° enfin l'albuminurie peut persister et la tension artérielle ne descend pas. Le pronostic est mauvais dans ce cas, parce que c'est la menace du mal de Bright (Demaret).

Slemans a examiné 20 cas. La T. A. est devenue normale dans 15 cas après 2 semaines, dans 2 cas après 4 semaines. Elle persistait, élevée dans 3 cas, après 8 semaines (rein défectueux).

Eclampsie.

Nous mentionnerons seulement qu'il existe presque toujours de l'albuminurie dans l'éclampsie. Mais ici il s'agit des albuminuriques qui ont eu des crises d'éclampsie. Nous l'avons trouvée deux fois (obs. 780 et 1630) (1,69 %).

Géant l'a trouvée 3 fois sur 74 cas (4 %), Ballaire sur 249, 4 cas (1,6 %). Job voit une éclampsie chez 92 albuminuriques (2,08 %), Piry 3 chez 182 albuminuriques (1,6 %). Eclampsie complique la grossesse une fois sur 100 380 (chiffres de la clinique Tarnier 1834-1900), habituellement une fois sur 210, mais elle complique la toxémie de 2,8-6,1 % (Siedeberg : 3,8 %), Clergeon sur 138 cas non traités a vu 84 éclampsies (10,1 %).

Le décollement placentaire et les hémorragies de la délivrance.

Les auteurs ont été frappés depuis longtemps par la fréquence des accidents hémorragiques chez les albuminuriques. Après celles de Chantreuil. Fehling, Pinard, nombre d'observations ont été publiées.

Nous avons trouvé chez nos 119 albuminuriques 2 fois (1.69 %) le décollement placentaire (obs. 2424 et 2037), et 7 fois des hémorragies diverses, avant l'accouchement, avant, pendant et après la délivrance (obs. 615, 747, 1117, 1388, 1563, 2351, 2605) (6 %).

Blot a trouvé 12 hémorragies de la délivrance sur 41 albuminuriques, le pourcentage (29 %) absolument trop élevé. Cassin dans 20 %, Valette, 10 %. Duboz (9 %), Baudrillart trouve 7 hémorragies rétroplacentaires sur 112 cas (6,2 %), Job 6 hémorragies de la délivrance sur 97 cas (6,5 %). Ballaire 7 hémorragies rétroplacentaires (2,8 %) et 9 hémorragies de la délivrance (3,6 %) sur 249 cas, Piry 2 décollements sur 182 cas (1,1 %).

Des auteurs suédois Albeck trouve sur 124 albuminuriques 8 hémorragies rétro-placentaires, 52 hémorragies intraplacentaires (45 %), sur 51 albuminuriques avec des œdèmes, 3 hémorragies rétroplacentaires, 20 hémorragies intraplacentaires (44 %).

Examinant 158 cas de décollement il trouve pour les grands décollements 67,2 % albuminuriques ; pour les décollements marginaux 33,3 % albuminuriques ; pour les décollements sans symptôme chir., 48,3 % albuminurique.

Hasselberg trouve dans 21 cas de décollement placentaire 38 % d'albuminurie grave. Ahlstroem trouve dans le décollement l'albuminurie dans 71 %, dont 39 % d'albuminuries graves et 20 % des traces. Les mêmes chiffres pour la maternité de Stockholm sont 24,4 % et 14 %.

Etude des altérations placentaires.

Depuis longtemps déjà on s'occupait des altérations du placenta chez les femmes enceintes albuminuriques. Mayer a trouvé les infarctus dans 20 %, Wippermann dans 65 %. Felling en se basant sur le matériel des cliniques de Stuttgart et de Bâle, a montré qu'on trouve chez les femmes normales 15,5 % des infarctus placentaires et que chez les albuminuriques le pourcentage s'élève à 54,9. Rouhaut donne le chiffre de 40 %.

Géant sur 74 cas trouve 22 infarctus (30 %), Ballaire 52 sur 249 (20 %). Job 38 sur 92 (41 %). Haffner, en donnant les chiffres de la Maternité de Strasbourg

s'élève contre les chiffres exagérés de certains auteurs et même contre l'étiologie du placenta albuminurique. Il a trouvé le placenta intact dans 44,2 %. Dans 20 % les lésions ont été importantes, dans 35,7 % elles ont été minimes.

En feuilletant nos observations nous avons été toujours étonné par la fréquence des anomalies placentaires, mais pas seulement des infarctus, mais aussi par un nombre important des placentas gros et des placentas bas. Nous avons remarqué souvent aussi la longeur inusitée du cordon.

Nous avons trouvé les infarctus et les dégénérescences 16 fois (13,5 %) en ne mentionnant pas les lésions minimes (obs. 79, 203, 536, 591, 669, 1069, 1117, 1331, 1362, 1465, 1463, 1510, 1517, 2170, 2309, 2424).

Le gros placenta a été trouvé dans les observations : 62, 266, 409, 615, 663, 780, 1037, 1117, 1246, 1254, 1670, 1743, 2004, 2329, 2485, alors 15 fois (12,6 %).

Le placenta bas a été beaucoup plus fréquent. Nous l'avons trouvé dans les observations 204, 235, 380, 614, 638, 678, 747, 763, 776, 780, 863, 1037, 1051, 1085, 1064-1065, 1117, 1120, 1150, 1213, 1246, 1254, 1286, 1328, 1331, 1417, 1492, 1555, 1678, 1800, 1864, 2000, 2069, 2181, 2308, 2336, 2341, 2344, 2360, 2424, 2485, 2555, 2585, 2605, 2611, 2614, 2665, alors dans 47 cas, (39,5 %).

Ce qui nous a frappé encore c'est la longueur du cordon. Dans les observations qui seront énumérées, la longueur du cordon a été au moins 55 : n° 62, 79, 80, 203, 204, 235, 285, 409, 591, 573, 679, 762, 914, 1037, 1047,

1064, 1065, 1069, 1085, 1213, 1286, 1328, 1417, 1492, 1510, 1530, 1548, 1555, 1630, 1642, 1652, 1800, 2000, 2069, 2115, 2181, 2211' 2234, 2308, 2341, 2342, 2351, 2360, 2424, 2486, 2490, 2533, 2585, 2605, 2620, 2650. Nous voyons le chiffre énorme : 51 cas. Cinq fois il y avait des circulaires ce qui pourrait expliquer la longueur innsitée. Il reste toutefois 47 cas (39,5 %). Le chiffre le plus habituel a été 60, 65 centimètres.

Si la fréquence du gros placenta dans notre statistique peut rentrer dans le cadre des variations physiologiques, nous serions très gênés d'expliquer la fréquence de la longueur du cordon et surtout du placenta bas. Il faut tout de même remarquer que le placenta praevia n'a pas été habituellement très prononcé. Cependant, dans les mêmes conditions, le placenta bas a été chez les femmes normales au moins deux fois moins fréquent. En feuilletant toutes les statistiques nous avons trouvé un seul auteur, Siedeberg, qui en se basant sur les chiffres de la Maternité de Duncain (New Zealand) a trouvé le placenta praevia 3 % chez les femmes normales, 8 % chez les albuminuriques.

L'albuminurie et la constante d'Ambard.

Mon maître M. Le Lorier a consacré en 1912 à l'étude de la constante un travail qui nous paraît être le premier paru sur cette question. Il a examiné 24 femmes. Normalement il a trouvé : K = 0,065. Mais ce chiffre qui s'abaisse dans les suractivités du rein, atteint et dépasse l'unité chez les femmes malades. Sur 24 cas la K a été élevée dans 4 cas, l'un d'albuminurie, un autre d'éclampsie.

Cleisz et Laudat croient que chez les gravidiques normales il y a une amorce de déficience rénale (K un peu élevé = 0,084). Ils trouvent une légère hyperazotémie (urée = 0,74).

Ils disent qu'on peut voir survenir des poussées d'hyperazotémie, mais presque toujours transitoires. Les poussées peuvent avoir leur acmé dans les jours qui suivent l'évacuation de l'utérus. Sur 13 cas ils ont trouvé :

	Urée	K
Chiffres extrêmes.....	0,26	0,064
	0,78	0,438
Moyenne.....	0,44	0,87

La constante d'Ambard a été faite chez 15 albuminuriques (obs. nos 80, 235, 536, 664, 780, 888, 1030, 1037, 1140, 2181, 2344, 2351, 2485, 2490, 2555). Le minimum de l'urée sanguine a été 0,22, le maximum 0,606, les chiffres les plus fréquents ont été 0,30,0,40, 0,50. Le minimum pour le K a été 0,05, le maximum, 0,22, le chiffre le plus fréquent 0,10. Les recherches ont été faites dans les périodes diverses, avant ou après l'accouchement, mais il est difficile de voir l'effet du temps de la gestation sur ces chiffres. Nous les donnons *in extenso*.

Nos 80	avant acc. urée sanguine	0,5039	C = 24,251	K = 0,152
	après acc. —	0,26	19,06	0,072
285	ur. sang.	0,33	30,93	0,07
536	—	0,55	22,12	0,22
664	un mois avant l'acc. —	0,302	13,384	0,125
	1 jour avant l'acc. —	0,392		
780	urée sanguine	0,606	18,636	0,11
818	—	0,50	18,787	0,10

1030	urée sanguine	0,416	C= 23,22	K = 0,165
1037	—	0,416	11,25	0,092
1140	—	0,546	22,91	0,16
2181	—	0,277	36,44	0,05
2344	—	0,35	13,81	0,09
2351	—	0,323	14,14	0,12
2485	1 jour avant l'acc. ur. sang.	0,22	16,75	0,05
	6 jours après l'acc. —	0,49	26,03	0,11
			(suites de couches fébriles)	
2490	urée sanguine	0,294	16,47	0,072
2555	—	0,40	17,05	0,07

Evolution.

Nous avons parlé des complications les plus importantes de la toxémie gravidique se présentant cliniquement sous la forme de l'albuminurie gravidique. Mais nous n'avons pas encore parlé de l'influence de l'albuminurie elle-même sur la marche de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches.

L'albuminurie est trop souvent la cause des avortements et des accouchements prématurés. Dans notre statistique nous avons trouvé :

10 fois la date incertaine.
1 fois accouchement au cours du 6e mois
10 fois — — 7e —
19 fois — — 8e —
15 fois — — 8e —

(en tout 37 % à peu près)

Ballaire sur 249 cas trouve :

6 avortements

2	accouchements	au cours du	6e mois
8	—	—	7e —
11	—	—	8e —
10	—	au début du	9e —

(14,8 %)

Clergeon : 138 cas de mortinatalité (10 ans de Baudelocque).

4	accouchements	au cours du	6e mois
18	—	—	6e —
33	—	—	7e —
44	—	—	8e —
38	—	—	9e —

Baudrillart sur 112 cas trouve :

8	accouchements	pendant le	7e mois
8	—	—	8e —

(14 %)

Piry sur 182 cas trouve 9 accouchements prématurés (5 %).

Henry sur 59 cas trouve 4 accouchements prématurés (6,8 %).

Hofmaier sur 45 cas en trouve 15 à terme, 13 prématurés, 17 avortements (66 %).

Valette sur 217 cas en trouve 77 à terme, 119 de 7-9 mois, 26 avant 7 mois (66 %).

Fellner a trouvé : accouchements prématurés dans 13 %, Meyer dans 41,2 %).

Winckel trouve chez les femmes normales l'accouche-

ment prématuré en 19,7 % ; chez les albuminuriques 77,7 %.

Dans ce pourcentage, l'accouchement prématuré de 4 semaines et plus, a été pour les femmes normales dans 33 %, chez les albuminuriques en 71,7 %.

Demelin sur 94 cas a vu :

1 avortement ;

11 accouchements prématurés au cours du 8e mois ;

78 accouchements au cours du 9e mois.

Job enfin sur 92 cas a vu 19 (20 %) accouchements prématurés ; Géant sur 74, 20 accouchements (27 %), de 7-8 mois.

Nous ne voyons pas cette répercussion malheureuse sur l'accouchement même. Dans nos cas le forceps a été employé 4 fois seulement plus une césarienne pour décollement placentaire.

On rétrouve cependant la néfaste influence de l'albuminurie dans les suites de couches. Nous les avons trouvées fébriles dans 18 cas, un chiffre bien élevé.

Il nous reste à étudier la répercussion de l'albuminurie sur le poids du fœtus. Quant à la mortalité nous la reprendrons dans le chapitre du pronostic.

Presque tous les auteurs sont d'accord que le fœtus « albuminurique » est plus petit. Cordier seul s'élève contre cette opinion, en s'appuyant sur la statistique de Petit.

Sur 11 cas Petit a trouvé :

2	enfants	pesant	2.000-2.800 gr.
2	—	—	2.500-3.000 —
2	—	—	3.000-3.500 —
2	—	—	3.500-4.000 —

Cette statistique est petite et porte sur les accouchements à terme.

Baudrillart trouve sur 111 cas :

37 nouveau-nés au-dessous de 2.500 gr.

38 nouveau-nés entre 2.500 et 3.800 (67 % au-dessous 3.250).

Demelin sur 92 enfants trouve :

20 au-dessous de 2.500 gr.

37 entre 2.500 et 3.250 (62 % au-dessous 3.250 gr.).

Ballaire sur 255 naissances trouve :

47 enfants au-dessous de 2.500 gr.

55 — 2.500-3.250 (66 % au-dessous 3.150 gr.).

143 — 3.250-4.000

Nous avons trouvé sur 120 fœtus :

1 fœtus de 800 gr.

6 fois de 1.000-1.500 gr.

9 fois de 1.500-2.000 gr.

10 fois de 2.000-2.500 gr.

25 fois de 2.500-3.000 gr. (40,8% au-dessous 3.000 gr.).

23 fois de 3.000-3.250 gr. (60 % au-dessous 3.250 gr.).

46 fois de 3.250 et plus.

Clergeon (statistique de la clinique Baudelocque) trouve :

Le poids, au cours du 5e mois de 380 et 450 gr.

Au cours du 6e mois le plus souvent 500-750

— 7e — 1.000

— 8e — 1.000-1.500

— 9e — 2.000-2.500

Valette trouve une diminution de poids 100-130 gr. en moyenne.

Little trouve le poids moyen chez les femmes normales 3.250, chez les albuminuriques, 3.185.

Diagnostic différentiel.

L'albuminurie chez la femme enceinte peut relever de différentes causes et on peut commettre plusieurs erreurs de diagnostic, en affirmant l'albuminurie gravidique. Tout d'abord, si on ne prend pas des précautions, on peut bien facilement prendre pour de l'albumine, la leucorrhée, les pertes blanches, mélangées aux urines Cette erreur est facile à éviter, il suffit de faire un nettoyage soigneux de la vulve et d'examiner les urines retirées par cathétérisme.

Quelquefois, on peut diagnostiquer l'albuminurie dans le cas de maladie de Bright. Habituellement il suffit de faire un examen des urines qui montrera les cylindres. Sinon, les antécédents, la marche de la grossesse, l'examen approfondi avec l'aide de la technique moderne, éclaireront la vraie cause.

Mais il y a une autre cause d'erreur qui est plus difficile à éviter et qui certainement est fréquemment commise. C'est que la pyélonéphrite peut facilement imiter l'albuminurie gravidique. Des classiques : Royer et Vinay, des auteurs modernes : Lepage, Pinard, Legueu, Bar, Ribemont-Dessaignes, Le Lorier, se sont préoccupés de cette question.

Thébault trouve la pyélonéphrite dans un quart des

cas de l'albuminurie. C'est un chiffre qui semble exagéré. Néanmoins la pyélonéphrite peut avoir dans sa première période une symptomatologie fruste, avec des céphalées, une légère prostration qui peuvent imiter le tableau d'une légère auto-intoxication gravidique.

Pour le diagnostic il y a évidemment des gros signes, comme fièvre, amaigrissement, douleurs lombaires, signes de cystite (douleurs d'ordre réflexe quelquefois), mais on les voit dans les cas un peu accentués. Pour le diagnostic sûr il suffit de filtrer les urines ou de les examiner sous microscope. On devrait admettre (étant donnée la fréquence des pyélonéphrites montrée par Le Lorier) que chaque urine albumineuse chez la femme enceinte doit être examinée microscopiquement. Le pronostic n'est pas le même pour ces deux états. Le fœtus succombe très rarement dans la pyélonéphrite, dans les cas très graves seulement. La femme n'a pas à craindre les complications de l'auto-intoxication gravidique, le pronostic est bénin.

Pronostic

« L'albuminurie doit être considérée comme grave, » dit Vignes. Et Beard, cité par lui : « L'albuminurie de la grossesse doit être toujours considérée comme pathologique ». De même Blumreich : « on doit considérer l'albuminurie gravidique, même les cas les plus bénins, et à évolution lente, comme une maladie sérieuse, pouvant devenir un point de départ de l'éclampsie. »

Le gros danger immédiat c'est l'éclampsie. L'albu-

minurie, quoique rarement, peut évoluer dans un mal de Bright. Les complications oculaires sont assez rares, mais peuvent devenir graves : rétinite avec décollement, amaurose.

Il y a des variétés rares, mais graves de l'albuminurie (avec aphasie, paralysie des membres). Il y a des albuminuries massives, sérieuses, survenant habituellement au cours du sixième mois, sur le terrain touché par une néphrite antérieure, avec 2-6 gr. d'albuminurie, 1-1 gr. 50 urée (Voron).

La mortalité de la mère est très élevée dans les statistiques anciennes. Hofmaier dans 137 cas a vu 104 éclampsie avec 39,4 % de la mortalité ; Rosenstein 32,9 %, Devilliers onze femmes sur vingt. Mais ses statistiques sont très suspectes. Ballaire sur 255 naissances donne le chiffre 7 de la mortalité maternelle. Nous trouvons ce chiffre encore un peu élevé.

Bunzel compte 14 cas sur 465 toxémies, en corrigeant le chiffre il donne 2 % de la mortalité. Siedeberg trouve la morbidité chez la femme normale 0,12 %, chez l'albuminurique 3,1 %.

Pour le fœtus le pronostic est beaucoup plus grave. Il peut être expulsé prématurément, il peut succomber dans l'utérus par hémorragie, par décollement placentaire ; enfin il peut mourir peu de jours après la naissance. Il est plus fragile, plus petit, quelquefois il se développe moins bien. Nous avons trouvé le poids stationnaire dans les premiers jours de sa vie 14 fois. Fait plus grave, il y avait dans notre statistique un avortement, 5 fœtus macérés, 2 mort-nés (pour décolle-

ment), 2 morts pendant le travail, trois décédés un ou quelques jours après la naissance. En tout la mortalité fœtale a été 13 cas,une fréquence bien élevée (10,83 %) Et encore il faut se souvenir que dans les maternités on voit très peu d'avortements.

Siedeberg trouve des mort-nés chez les femmes normales 0,35 %, chez les albuminuriques 4,9 % ; les nouveau-nés morts dans un mois chez les femmes normales 0,35 %, chez les albuminuriques 2,95 % ; les avortements (un) chez les femmes normales 6,7 %, chez les albuminuriques 12,1 % , les avortements (deux) chez les femmes normales 1,4 %, chez les albuminuriques, 3,4 %, etc.

Bunzel trouve dans 465 toxémies sur 493 fœtus 102 morts : 45 macérés, 30 prématurés, 27 morts à l'hôpital.

Valette trouve sur 239 accouchements 61 fœtus morts (25,8 %) : 36 mort-nés, 25 morts à l'hôpital.

Géant sur 74 cas a vu deux états de rétention, 6 mort-nés, 4 morts à l'hôpital (16 %).

Demelin trouve sur 92 enfants, 4 états de rétention, 12 enfants morts à la clinique (18 %).

Selon Caillart 16 % de mort-nés relèvent de l'albuminurie.

Henry sur 59 enfants trouve 6 morts (10,1 %), Piry sur 182 a 9 accouchements prématurés avec 6 enfants mort-nés (3 37 %). Baudrillart a vu 14 des 111 enfants mourir à la clinique (12 %).

Selon Baumann la mortalité fœtale chez les albuminuriques est 17 %, selon Oui 50 %.

Job á 8 enfants morts sur 92 (8,7 %), Ballaire a sur 255 naissances 8 fœtus morts et macérés, 14 morts-nés, 6 morts pendant le travail, 10 à la clinique.

Quoique nous ne trouvions pas des chiffres élevés de Valette, qui a fait sa statistique il y a un quart de siècle, à Tenon, dans ce temps l'hôpital du quartier de la misère, nous pensons qu'on perd toujours trop d'enfants par l'albuminurie gravidique.

Quel est le pronostic éloigné de la femme enceinte albuminurique ?

Nous avons cherché dans les antécédents de nos cas et nous avons trouvé :

Une éclamptique qui a été traitée et qui a accouché d'un débile pendant sa deuxième grossesse ;

Un cas avec enfant mort dans la première grossesse et avec une albuminurie et éclampsie dans la deuxième grossesse traitée, enfant bien portant dans la troisième grossesse ;

Trois cas avec albuminurie (une fois grave) dans la première grossesse, maintenant deux enfants bien portant, un poids stationnaire ;

Une césarienne pour décollement placentaire, enfant bien portant, dans la grossesse suivante ;

Albuminurie dans la première, avortement dans la deuxième grossesse, enfant bien portant dans la troisième grossesse.

4 cas avec 2 mort-nés ; 1° enfant bien portant ; 2° enfant bien portant ; 3° avortement ; 4° décollement ;

2 cas avec 2 avortements, 2 enfants bien portants ;

3 cas : 1 avortement et plusieurs accouchements normaux ; 3 enfants bien portants ;

5 cas avec un avortement, 3 enfants à terme, 1 avec poids stationnaire, 1 mort ;

2 cas avec 1 mort-né, 1 enfant poids stationnaire et 1 macéré.

Lepage a observé 8 primipares, qui ont eu avant un enfant mort, et qui n'ont pas été traitées. Chez les deux, il n'y a pas eu d'albuminerie au cours des gestations ultérieures.

Chez les six, elle est revenue :

Chez les deux, enfants vivants.

Chez les quatre, enfants sont morts.

Il a examiné 8 multipares. L'enfant est mort chez 4 au cours de la deuxième grossesse, chez 2 pendant la troisième, chez une pendant la quatrième, chez une pendant la neuvième grossesse.

Chez 2, pas d'albumine ensuite, enfants vivants.

Chez 6, l'albumine est revenue :

3 enfants vivants.

3 morts.

Mais il ajoute que les résultats de ville sont meilleurs. Il ajoute 4 cas d'albuminuries graves nécessitant l'accouchement provoqué et après menant bien leur grossesse à terme.

Nous partageons aussi son optimisme, en nous appuyant sur l'observation 2114, pour les cas avec un décollement placentaire antérieur, contre le pronostic sombre de Couvelaire. Evidemment dans ce cas la surveillance de la T.A. est très importante.

Est-ce que l'albuminurie gravidique récidivante est fréquente? Fellner, à la clinique de Schauta, l'a trouvée 4 fois, Pannaun à la maternité de Munich, 2 fois sur 6.093 femmes accouchées, Blandeau sur 22 albuminuriques (3 éclamptiques en même temps), dans 13 cas (3 éclampsies en même temps) n'a pas retrouvé l'albumine, dans 8 cas, l'albumine a été plus faible, la répercussion sur le fœtus moins grande, dans 1 cas il a trouvé éclampsie avec fœtus macéré (chiffres de la clinique Baudelocque).

Escher, élève de Fabre, a décrit une albuminurie récidivante se caractérisant par : 1° en dehors de la grossesse il n'y a pas d'albuminurie ; 2° l'albumine apparaît vers 6 mois 1/2-8 mois, avec des symptômes de l'auto-intoxication gravidique ; 3° le fœtus meurt. L'albuminurie cesse après l'expulsion du fœtus.

Nous basant sur les observations nos 409, 669, 2.000, 2.329 2.341, 2.555, nous ne partageons pas, avec Lepage, ses sombres prévisions.

Toutes les albuminuries récidivantes ne sont pas également graves. Il faut se baser sur l'époque de l'apparition de l'albumine, sur sa quantité et persistance. Mais nous croyons, en général, avec Cordier, que le pronostic n'est pas mauvais pour les grossesses répétées chez les albuminuriques. L'éclampsie habituellement ne récidive pas, l'albuminurie rarement. Blandeau conclue que la malade albuminurique récidivante ne mènera que rarement sa grossesse à terme si elle n'est pas soignée. Sur six malades avec des antécédents ou éclamptiques ou albuminuriques, dont cinq ont été

traitées, nous trouvons 3 grossesses à terme, et 3 à 8-8 mois 1/2.

Young en examinant 118 albuminuriques a vu dans 35, 6 % le retour de toxémie, mais souvent atténuée. Slemans l'a trouvée dans 1/6 (16, 6 %), Lepage dans 21 %. Williams (se basant sur le matériel du John Hopkins Hospital) dans 20 % ; Young, pour le pronostic, se base sur l'observation de l'albumine et de la T. A. pendant les suites des couches. Si l'albumine disparaît dans une semaine, le pronostic est excellent.

Si l'albumine persiste longtemps, 6-8 semaines, le pronostic est grave, la vie du fœtus sera en danger pendant la grossesse suivante. En examinant la T. A. il l'a trouvée normale dans 15 cas après 2 semaines, dans 2 cas après 4 semaines, mais dans 3 cas elle persistait élevée après 8 semaines. Dans le dernier cas le rein est toujours défectueux.

De même Harris en examinant 111 albuminuriques un an après leur accouchement, a trouvé 68 % de néphrite chronique pour les femmes atteintes d'éclampsisme. Il affirme que le pronostic rénal est mauvais si les symptômes de toxémie persistent plus de 3 semaines après l'accouchement.

Enfin nous voudrions souligner l'influence du traitement. Quant à son efficacité, on sait la règle de Tarnier, qui ne connaît qu'une seule exception : un cas de Lepage : éclampsie après trois semaines de traitement. Le traitement a son influence heureuse encore plus sur le fœtus. Clergeon (10 ans de la Clinique Baudeloque) a trouvé 137 femmes qui ont accouché des

mort-nés, etc. Il souligne que presque toutes ces femmes n'ont pas été soignées. Germont affirme que pour 25 enfants qui meurent chez les albuminurique non soignées, il y en a 3 qui meurent chez les albuminuriques surveillées. Nous aussi nous n'avons qu'à nous louer des effets du traitement Voilà encore une fois prouvé l'importance de l'examen des urines et d'une façon plus générale, de la consultation des femmes enceintes.

OBSERVATIONS

N° 79. — 33 ans, 2-pare. Règles 20-23.VI.1926. La T. A. 15-7 le 18.I.1927. Traitée de 24.I. Alb. 0,80 (L'élévation de la T. A. a précédé de 5 jours l'apparition de l'alb.). Les jours suivants alb. : 0,50, 1 gr.-0,40. La malade sort de l'hôpital, malgré l'avis du médecin. Elle accouche le 7.II d'un fœtus pesant 1.700 gr. Dans les suites des couches l'alb. a persisté (0 gr. 50) pendant 8 jours.

N° 80. — 43 ans, 2-pare (1 mort-né). R. A. A. Pendant sa grossesse la T. A. élevée, alb. forte, mais la femme a refusé l'hospitalisation. Accouchement à 7 m. 1/2 d'un fœtus pesant 1.060 gr., poids stationnaire.

N° 266. — 33 ans, multipare (un avortement). Albuminurie avec des œdèmes, traitée, disparue. Accouchement à terme d'un enfant pesant 3.140 gr. ; placenta bas.

N° 285. — 28 ans, primipare, diphtérie en 1925. Albuminurie traitée, mais persistante, avec des signes de toxémie prononcée : œdèmes, céphalalgies, barres épigastriques Accouchement à 7 mois 1/2 d'un enfant pesant 2.900 gr.

N° 409. — 31 ans, multipare (1er acc. enfant mort dans quelques heures après l'acc., 2e grossesse albuminurie avec éclampsie).

Pendant cette grossesse des gros œdèmes des membres inf. Acc. à terme, enfant pesant 3.700 gr., placenta 730 gr.

N° 528. — 25 ans, primipare. Albuminurie traitée, disparue. Accouchement à terme d'un enfant pesant 3.170 gr. Influence manifeste du traitement.

N° 536. — 18 ans. 2-pare (un avortement de 2 mois). Albuminurie traitée. Accouchement à terme d'un enfant pesant 2 380 gr. Placenta avec quelques petits infractus anciens.

N° 615 — 19 ans, primipare. Albuminurie traitée, mais des traces persistent. Accouchement à terme, d'un enfant pesant 3.320 gr., légère hémorragie après la délivrance. Placenta avec quelques petits infarctus anciens. Diminution de poids de l'enfant.

N° 668. — 30 ans, multipare. T. A. élevée (13-6). Albuminurie traitée, persistante. Accouchement à 8 mois, enfant pesant 3.400 gr. Diminution de poids.

Suites de couches fébriles.

N° 669. — 40 ans, multipare (1 acc. à 8 mois, une crise d'éclampsie, 2e grossesse, avortement de 2 mois). Règles 16-19.III. 1926. 4.II. T. A. =15-8. Alb. = 0, cœur : bruit de galop. 27.II, T. A. 17-9.29.III. Alb. +, T. A. 17 11. Saignée 400 gr., œdèmes des membres inférieurs et de la paroi abdominale. Accouchement le 4.IV. T. A. = 16-11, urée : 0,392 bruit de galop. Enfant pesant 1.750 gr. Alb. est disparue le deuxième jour des suites de couches.

Placenta à forme ovoïde, allongée, avec une partie apla-

tie, blanchâtre, contenant des anciens infarctus. Insertion marginale du cordon.

N° 679. — 28 ans, 2-pare. Syphilitique, bien traitée. Albuminurie au sixième mois, traitée, disparue. Accouchement à terme, enfant pesant 3 370 gr. Placenta bas.

N° 763. — 18 ans, primipare. Règles 23-28.III.1920. Alb. = 0 le 21.III. Le 4.IV, albuminurie massive. Accouchement à 8 mois 1/2 d'un enfant étonné, pesant 3.280 gr. Placenta bas. Alb. des suites de couches disparue après 8 jours.

N° 818. — 27 ans, primipare. Dans les antécédents : néphrite scarlatineuse (?). Règles 30.VII-7.VIII.20, albuminurie traitée, disparue, ensuite revenue. Le 25.IV, alb. + T. A. = 13 1/2-6. La femme entre à l'hôpital. Le 27.IV, alb. = 2.58 On la met à l'eau lactosée. Le 28.IV, alb. = 1 gr. 29.IV = 0 gr. 50. Après 0,25. Acc. le 6.V (des œdèmes prononcés) Enfant pesant 2.850. Dans le placenta on trouve un autre fœtus, un œuf complet de 2 m. 1/2. Alb. = 0 gr. 75 six jours après.

N° 1030. — 24 ans, primipare. Règles 7-15.X. Le 23.V, alb. : +, T. A. 13. On institue le traitement. 25.V, 7 gr. eau lactosée). Après 7 gr., 7 gr., 6 gr., 4 gr., 3 gr.

Acc. provoqué (mauvais état général, bacillose) le 5.IV. Alb. = 5 gr. T. A. = 13 1/2. Enfant pesant 2.020. Dans les suites de couches, alb. 3-5 gr., 20 jours après l'acc. alb. = 2 gr.

N° 1055. — 29 ans, primipare. Albuminurie traitée, persistante. Acc. à terme. Alb. du travail massive. Enfant

pesant 3.880 gr. Placenta bas. Alb. = 0 le quatrième jour des suites de couches.

N° 1398. — 39 ans, primipare. Albuminurie légère vers le 4e mois, traitée, disparue. Le 8.VII, alb. + T. A. 13-6. Accouch. à 8 mois le 9.VII. d'un enfant étonné (forceps) pesant 2.960 gr. Légère hémorragie avant la délivrance.

N° 1905. — 34 ans, multipare (1 acc. prématuré, à 7 mois, mort-né). Albuminurie traitée. Acc. à terme d'un enfant mort et macéré, pesant 3.160 gr.

Placenta avec quelques petits infarctus blancs.

N° 1517.— 36 ans, primipare. Règles 10-15.XII. Hospitalisée 21.VII-13.VIII. 27.VII, alb. = 1 gr. 50, 30.VII, alb. = 0. 3, 4, 5.VIII, alb = 0,25, 0,20, 0,15.23.VIII, T. A. 18 1/2, alb. massive. Saignée de 250 gr., T. A = 14. Acc 25.VIII d'un mort-né pesant 1.400 gr. Placenta avec des gros infarctus anciens.

N° 1652. — 28 ans, primipare. Règles 11-14.XI. 25.VII, alb. = 0, T. A. = 14-6 1/2. On institue le traitement. Acc. le 12.VIII. T. A. = 17-10, alb. forte ; enfant pesant 2.900 gr. Suites de couches fébriles. Alb. = 0 après 3 jours.

N° 2000. — 26 ans. 2-pare (1 gross. acc. à 7 mois, albuminurie, enfant mort après un mois). Acc. à terme. enfant pesant 2780 gr. Placenta bas, albuminurie prononcée après l'acc.

N° 2116. — 34 ans, 2-pare (césarienne cons. pour décollement placentaire, enfant de 7 mois mort-né). Néphrectomie droite pour lithiase (?). Règles 13. I.

13.IX, alb. = 0. T. A. = 15. On institue le traitement. Le 10.X, T. A. = 17-8.

17.V, alb = ++. Acc. le 17.X, enfant pesant 2.420 gr.

N° 2336. — 30 ans, primipare. B.-W ++++. Règles 1-15.II.

1.X, alb. +. T. A. 13-5. 15.XI. acc. enfant pesant 2.100 gr. Placenta bas.

N° 2341. — 28 ans, 4-pare (1re norm., 2e avortement, 3e acc. à 8 mois, forceps, alb). = 3 gr, enfant mort pendant le travail. Règles 15-18-II.

11-VIII, alb. = 0. 10.XI, alb. massive. T. A. 13-6. 15.XI. acc. enfant pesant 2.620 gr. Placenta bilobé, bas.

N° 2424. — 30 ans, multipare (1 acc. 6 mois, jumeaux, décédés, 2 acc. enfant décédé à 3 mois).

Règles 14-17.IV. 14.X, alb. = 0, T. A. normale. 27.IX, alb. +. Décollement placentaire, acc. d'un mort-né pesant 1.285 gr. Placenta bas, avec des infarctus.

N° 2458. — 21 ans, primipare. Albuminurie massive, traitée, disparue.

Acc. à terme, d'un enfant pesant 3.280 gr. Poids stationnaire.

N° 2485. — 17 ans, primipare. Règles 6-10.III. Alb = 0 le 16.XI. Le 5.VII, alb. massive. T. A. = 13, œdèmes prononcés. Acc. le 9.VH, enfant pesant 3430 gr.

Suites de couches fébriles. Placenta bas, pesant 850 gr.

N° 2492. — 26 ans, primipare. Règles 13-16.III. R.A. A. 11 ans, rétrécissement mitral. 5.XII, alb. ++, T. A = 16-8,

Acc. le 9.XII, enfant pesant 2.800 gr. Diminution de poids. Suites des couches fébriles. 15.XII, alb. = 0.50. 17.VII, alb. = 1 gr. 18. XII = 2 gr. 20.XII, analyse des urines montre une pyélonéphrite.

N° 2517. — 22 ans, primipare. Albuminurie traitée, disparue, acc. à terme, enfant pesant 3.500 gr., poids stationnaire.

N° 2555. — 32 ans, multipare (2e grossesse : alb. garçon pesant 9 livres, mort à 8 mois). Alb. du travail, acc. à terme, enfant pesant 3.680 gr. poids stationnaire. Placenta bas. Alb. 5 jours après l'acc. = 0,75, 7 j. après = 0,50.

N° 2585. — 22 ans, multipare. Albuminurie traitée, disparue, acc. à terme, enfant pesant 3.550 gr. Placenta bas.

N° 2620. — 19 ans, primipare. Albuminurie traitée, disparue. Acc. à terme, forceps pour la souffrance fœtale Enfant pesant 3.600 gr.

Suites des couches fébriles.

N° 2637. — 29 ans, multipare (4 acc. normaux). Entre pour hémorragie le 23.XII. Alb +++. Décollement placentaire, enfant mort-né, pesant 2.300 gr. Acc. à 7 mois 1/2.

CONCLUSIONS

1° L'albuminurie n'est qu'un symptôme d'un état plus complexe qui est la toxémie gravidique.

2° L'étude de l'albuminurie chez la femme enceinte reste l'un des meilleurs moyens dans la lutte contre les complications toxémiques.

3° Cette étude doit être toujours secondée par l'étude de la tension artérielle, moyen permettant quelquefois de poser le diagnostic plus précoce de la toxémie et spécialement ayant un grand rôle dans la prophylaxie du décollement placentaire.

4° L'étude de la constante d'Ambard peut être utile.

5° Nous avons noté chez nos malades une fréquence inexpliquée du placenta bas.

6° Nous soulignons l'intérêt qu'il y a dans le diagnostic différentiel de l'albuminurie gravidique et de la pyélonéphrite de la femme enceinte.

7° Dans le pronostic, nous soulignons le rôle capital du traitement.

D'où l'importance de l'examen des urines et de l'intensification des consultations des femmes enceintes.

Vu : *Le Doyen,*
ROGER.

Vu : *Le Président de la thèse,*
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Ahlström. — Ueber vorzeitige Loesung der normal sitzenden Plazenta (Arhive för kirrergi, Stockholm, t. LI (Résumé dans Ann. de Gyn. et Obst., 1918-19).

Albaret. — Albuminurie et grossesse (Montpellier médical, 1902).

Albutt. — Albuminuria in pregnancy (Lancet, 1897).

Bailey. — The clinical significance of the urina of pregnancy (American Journal of Obstetrics, 1913).

Ballaire. — Fonctionnement de la Maternité Baudelocque en 1925. Thèse de Paris, 1927.

Bar, Brindeau, Chambrelent. — La pratique de l'art des accouchements, vol. II.

Bar. — Leçons de pathologie obstétricale, vol. II, 1907.

Baudrillart. — Fonctionnement de la Maternité Baudelocque en 1924. Thèse de Paris, 1926.

Berry-Hart. — Pregnancy and albuminuria (The Practitioner, 1901).

Bigler. — Zur Pathogenese der Schwangerschaftstoxikosen (Schweiz. Medicin. Wochenschrift, 1920).

Blacker. — The albuminuria of pregnancy and the kidney of pregnancy (Lancet, 1905).

Bouffe de Saint-Blaise. — Des auto-intoxications gravidiques (Gazette des hôpitaux, 1898).

Brindeau. — La pratique de l'art des accouchements, vol. II, 4e édition.

Bruslon. — La T. A. chez les femmes enceintes albuminuriques. Thèse de Paris, 1912.

Budin — Leçons de clinique obstétricale, 1889.

Bumm. — Lehrbuch, trad. française de 1912.

Bunzel. — A statistical Reviev of the Toxemias of Pregnancy (Americ. J. of Obst. and Gyn., 1924).

Byers. — The toxaemia of later pregnancy (British Med. Journal, 1915).

Cacault. — Sur une variété d'albuminuries graves, les albuminuries massives. Thèse de Paris, 1904.

Cleisz et Laudat. — Azotémie et fonctions rénales au cours de la grossesse (Gyn. et Obst., 1927).

Clergeon. — De la mortinatalité causée par auto-intoxication gravidique. Thèse de Paris, 1916.

Congrès (XIIe) des chirurgiens scand. Christania, 1919 (C. r. Gynéc. et Obst , 1920).

Cordier. — Des grossesses répétées chez les albuminuriques. Thèse de Paris, 1904-1905.

Couvelaire. — A propos de deux cas de rétinite gravidique (Gyn. et Obst., 1920).

— Traitement chirurgical des hém. utéro-plac. avec décollement prématuré du plac. in Annales de Gyn. et Obst., 1911).

Davis and Harrar. — Toxemia of pregnancy (J. Amer. med. Association, 1926).

Delestre. — Albuminurie apparue brusquement au 8e mois de la grossesse, etc. (Annales de Gyn. et Obst , 1909).

Demaret. — De l'évolution des toxémies grav. après la mort du fœtus, etc. Thèse de Paris, 1925.

Demelin. — Fonctionnement de la Maternité Baudelocque en 1923. Thèse de Paris, 1924.

Demelin et Devraigne. — Manuel de l'accoucheur, 1923.

Desjacques. — Etude des fonctions rénales chez la femme enceinte albuminurique. Thèse de Paris, 1920.

Dœderlein. — Handbuch der Geburtshilfe, 1916, vol. II.

Downs. — Albuminuria in Pregnancy (Am. J. of Obstetrics, 1903).

Duboz. — Contribution à l'étude de l'albuminurie. Thèse de Paris, 1901.

Ecalle. — Idées nouvelles émises sur la pathogénie de l'éclampsie. Leçons du jeudi soir à la clin. Tarnier, 1924.

Edenhuizen. — Ueber Albuminurie bei Schwangeren und Gebärenden. Thèse de Bonn, 1903.

Eklund. — Albuminuria in pregnant and puerperal women (The Am. J. of Obstetrics, 1896).

Escher. — Albuminurie gravidique récidivante. Thèse de Lyon, 1900.

Ewing and Wolf. — The metabolism in the toxemias of pregnancy (The Amer. J. of Obst., 1907).

Ewing. — The path. anatomy and pathogenesis of the toxemias of pregnancy (The Am. J. of Obst. 1905).

Fehling. — Weitere Beiträge zur klin. Bedeutung der Nephritis in der Schwangerschaft (Arch. fuer Gynek., 1891).

François. — Sur une série d'albuminuriques gravidiques (Marseille médical, 1898).

Géant. — Fonctionnement de la Maternité Baudelocque en 1922. Thèse de Paris, 1926.

Haffner. — Les soi-disant infarctus plac. et leurs relations avec l'albuminurie (Gyn. et Obst., 1925).

Harrar. — Accidental hœmorragies, etc. (Bulletin of th Lying Hospital N. Y. résumé dans les Annales de Gyn. et Obst., 1918-1919).

Harris. — The after effects of the late toxemias of pregnancy (Bull. of J. Hopkins Hosp., 1924).

Harveian. — Society of London, discussion sur l'albuminurie grav. (Brit. Med. Journal, 1922).

Henry. — Fonctionnement de la Maternité Boucicaut en 1924. Thèse de Paris, 1926.

Heynemann. — Die Nierenerkrankungen waehrend der Schwangerschaft (Zentralblatt fuer Gyn., 1920).

— Zur Diagnostic und Zum Wesen der Schw.erkrankungen (Zent. fuer. Gyn., 1921).

Hiblot. — Du pronostic éloigné de l'alb. chez les femmes enceintes. Thèse de Paris, 1912.

Hiess und Beckmann. — Zur Pathologie und Klinik der Nierenerk. in der Schw. (Zentralb. fuer Gyn., 1921).

Hofmeier. — Die Bedeutung der Nephritis in der Schwangerschaft (Zentschr. fuer Gyn. und Geb., B. III).

Huessy. — Die moderne Erklaerung der Schw. toxikosen (Schw. Medicin. Wochenschrift, 1920).

Ill. — The treatment of alb. in pregnancy (J. of. Am. Med. Ass., 1914).

Mc Ilrey. — Some obs. of the investig. of the tox. of pregnancy (Brit. M. Journal, 1922).

Jaeger. — Ueber die klinische Bedentung der Alb. in der Schw.,etc. (Zeitsch. fuer Geb. u. Gyn.,LXVIII résumé dans les Annales, 1922).

Jeannin et Dubrisay. — Précis d'obstétrique, bied.

Job. — Fonctionnement de la Maternité Baudelocque en 1921. Thèse de Paris, 1923.

Leading articku. — The Toxaemias of pregnancy (in Brit. Med. Journal, 1927).

Lejeune. — Fonctionnement de la Maternité Boucicaut en 1926. Thèse de Paris, 1928.

Le Lorier. — La constante urémique chez la femme enceinte (Annales de Gyn. et obstr., 1912).

— Les petites hypertensions d'alarme dans la toxémie gravidique (Thèse médicale, 1923).

Lemierre. — Gestation et néphrite chronique. Leçons de la Clin. Baudelocque, 1925.

Lheureux. — De l'alb. gravidique et de son inf. sur la marche de la gross. et la vie de fœtus. Thèse de Lille, 1925).

Lepage. — Pronostic éloigné de l'alb. chez les femmes enceintes (Congrès intern. d'obstr. et de gyn. Berlin, 1912, aussi Annales 1912).

Letourneur. — Les petites hypertensions d'alarme au cours de la grossesse. Thèse de Paris, 1925.

Liepmann. — Handbuch der gesamten Frauenheilkunde, vol. III, 1914.

Little. — A statistical Study of the albuminuria of pregnancy, etc. (The Am. J. of. Obst., 1904).

Moulden. — Toxaemias of pregnancy (Ann. J. of. Obstr., 1910).

Mueller. — Ueber das Auftreten und den weit. Verlauf der Schw. Eniere. Thèse de Gœttingen, 1911.

Oettingen. — Beitrag zur Genese der Schw. toxikosen insbes. der Eklampsie (Zentralb. f. Gyn., 1921).

Oui. — Sur l'alb. gravidique facteur de la mort du fœtus (Revue gén. de méd. aussi résumé dans Zentralb. f. Gyn., 1884).

Perdrizet. — De l'alb. urinaire chez les parturientes, etc. (Clinique, 1910).

Pirry. — Fonctionnement de la Maternité Boucicaut en 1925. Thèse de Paris, 1927.

Planchu — De l'auto-intoxication gravidique (Gazette des hôpitaux, 1904).

Polak. — Présent status of the tox. of. pregnancy (J. Am. Med. Ass., 1920).

Quirel. — De l'albuminurie gravidique (Revue prat. d'obst. et de péd., 1909).

Raven. — Alb. in pregnancy (Brit. Med. Journal, 1912)

Ribemont-Dessaignes, Lepage et Le Lorier. — Traité d'obstétrique, 1923.

Ritchie. — Albuminuria in pregnancy (British Med. Journal, 1900).

Rudaux. — Albuminurie gravidique (Arch. génér. de médecine, 1905).

Saft. — Beitrag zur Lehre vonder Alb. in der Schw., etc. (Arch. fuer Gyn., 1896.

Seitz. — Die Schw. toxikosen und Schw. zyskrasien im Lichte moderner Forschung (Monatschrift f. Obs. u. Gyn., 1927).

Selitzky. — Les toxémies gravidiques (Gyn. et Obst.,1925).

Siedeberg. — The significance of alb. in pregnancy (Brit. M. J., 1912).

Slemans. — Is alb. likely to rekur in successive pregnancis? (Am. J. of Obst., 1913).

Spurway. — The alb. in pregnancy (Brit. M. J., 1915.

Stœckel. — Lehrbuch der Geburtshilfe, 1923.

Stone. — Tox. of pregnancy (Medical Record, 1905).

Tarnier et Budin. — Traité d'obstétrique, 1888.

Thébault. — De l'alb. par suppuration au cours de la puerpéralité. Thèse de Paris, 1907.

Trantenroth. — Klin. Unters. ueber das Verhalten der Niere in Schw. (Zeitschr. f. Obs. u.Gyn., 1897).

Valette. — L'alb. grav. à la Maternité de l'hôp. Tenon.Thèse de Paris, 1901.

Veit. — Ueber Alb. in der Schwangerschaft (Berliner Klin. Wochenschrift, 1902).

Vernier. — Part de la syphilis dans l'alb. grav. Thèse de Paris, 1927.

Vignes. — Rhysiologie normale et path. de la grossesse 1923.

Voron et Bensillon. — Mort rapide au cours d'une alb. grav (Bull. Soc. d'obst. et de gyn., 1925).

Voron et Volmat. — Sur un cas de l'alb. grave de la gr. (Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn., 1912).

Wiedow. — Ueber den Zusammenhang zwischen Alb. und Placentaerk (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., B. XIV).

Williamson. — Significance of Alb. in pregnancy (Lancet, 1913).

Winckel. — Handbuch der Geburtshülfe, II, 3, 1904.

Young. — Recurrent pregn. toxemia (Brit. M. J., 1927).

Zangenmeister. — Ueber Alb. bei der Geburt (Arch. fur Gyn., 1902).

— Eklampsie im Umfrage ueber die E. (Medizinische Klinik, 1923).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Historique	9
Variétés de l'albuminurie	11
Albuminurie gravidique	11
Etiologie	12
Fréquence	14
Pathogénie	17
Symptomatologie	20
Albuminurie du travail	21
Albuminurie des suites des couches	22
Albuminurie et œdèmes	23
Albuminurie et tension artérielle	24
Albuminurie et éclampsie	27
Albuminurie et décollement placentaire	28
Etude des altérations placentaires chez les albuminuriques	29
Albuminurie et constante d'Ambard	31
Evolution de l'albuminurie gravidique	33
Diagnostic différentiel	37
Pronostic. Albuminurie récidivante	38
Observations	46
Conclusions	53
Bibliographie	55

8317 — Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris — 6-28